

Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos

Solicitud 2026

Ajuste por coordinación de beneficios con Medicare



El Programa de Prima para Bajos Ingresos (LIPP) está diseñado para ayudar a las personas que califican para la cobertura del Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP) ofreciéndoles una prima reducida. Los ingresos no determinan la elegibilidad para el NMMIP. Si cumple con los requisitos de elegibilidad de LIPP, debe completar y enviar este formulario junto con una Solicitud de cobertura del NMMIP.

Si su prima la paga un tercero que no es un miembro de la familia, usted no es elegible para LIPP. Para obtener ayuda, contáctenos al 1-866-306-1882 o envíe un correo electrónico a NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- ☐ Solicitud inicial de LIPP
- ☐ Recertificación anual obligatoria de LIPP, con fecha límite el 15 de diciembre (Los miembros que soliciten LIPP por primera vez entre el 1 de octubre y el 1 de diciembre NO necesitan recertificarse hasta el otoño siguiente.)

Para saber si cumple con los requisitos de elegibilidad para LIPP, busque el tamaño de su núcleo familiar y el monto de ingreso anual correspondiente en la siguiente tabla.

Directrices de ingresos que califican vigentes del 01/ENE/2026 al 31/DIC/2026

Tamaño del núcleo familiar	Entre el 0 % y el 199 % de las Pautas de pobreza del HHS para 2025 Reducción de prima del 75 %	Entre el 200 y el 299 % de las pautas de pobreza del HHS de 2025 Reducción de prima del 50 %	Entre el 300 y el 399 % de las pautas de pobreza del HHS de 2025 Reducción de prima del 25 %
☐ 1	☐ \$0 - \$31,299	☐ \$31,300 - \$49,949	☐ \$49,950 - \$62,599
☐ 2	☐ \$0 - \$42,299	☐ \$42,300 - \$63,449	☐ \$63,450 - \$84,599
☐ 3	☐ \$0 - \$53,299	☐ \$53,300 - \$79,949	☐ \$79,950 - \$106,599
☐ 4	☐ \$0 - \$64,299	☐ \$64,300 - \$96,449	☐ \$96,450 - \$128,599
☐ 5	☐ \$0 - \$75,299	☐ \$75,300 - \$112,949	☐ \$112,950 - \$150,599
☐ 6	☐ \$0 - \$83,299	☐ \$83,300 - \$129,449	☐ \$129,450 - \$172,599

Información del solicitante

Apellido		Nombre		Inicial de segundo nombre	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
				Nuevo México	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono celular o para mensajes	
Dirección de correo electrónico		Identificación de miembro del NMMIP (si corresponde)			
Apellido		Nombre		Inicial de segundo nombre	Número de identificación del NMMIP (si corresponde)
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
				Nuevo México	

Certificación de pago de prima

Certifico que yo o un miembro de mi familia pagaremos las primas de mi cobertura del NMMIP.	Firma del solicitante
Si su prima la paga un tercero que no es un miembro de la familia, usted no es elegible para LIPP.	

Revisión de la solicitud LIPP con ajuste por coordinación de beneficios con Medicare 05/SEP/2025

Tamaño del núcleo familiar y verificación de ingresos

Para determinar si califica para una prima reducida, proporcione información sobre el tamaño de su núcleo familiar y el ingreso combinado total del año pasado para todas las personas mayores de 18 años en su núcleo familiar. Incluso si solo una persona está inscrita para la cobertura de NMMIP, debe proporcionar información sobre todo el núcleo familiar, ya que la elegibilidad para la reducción de la prima se basa en el tamaño total del núcleo familiar y los ingresos.

Enumere todas las personas que viven en su núcleo familiar. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.		
Nombre	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento

Nota: No es necesario incluir información de ingresos ni verificación de ningún miembro de su núcleo familiar cuyos ingresos provengan únicamente del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) o la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Enumere el monto total de ingresos anuales de los adultos en su hogar, excepto los excluidos anteriormente (del formulario de impuestos federales 1040)_____.

Además,

1. adjunte una copia de los formularios de Impuestos federales sobre la renta del año anterior presentados (incluya el formulario de certificación si se presentó electrónicamente) por cada miembro del núcleo familiar que tuvo ingresos, excepto como se excluyó anteriormente, y complete y firme la parte **Declaración jurada del formulario de impuestos federales** (Declaración jurada A) de esta solicitud - **O BIEN** –
2. Si algún adulto en su núcleo familiar tuvo ingresos, excepto como se excluyó anteriormente, pero no estuvo obligado a presentar un formulario de Impuesto sobre la Renta Federal, debe completar y firmar la **Declaración jurada B – Declaración jurada de otra fuente de ingresos** página 3 de esta solicitud.

Formulario de Impuesto Federal y Declaración Jurada A

Adjunte una copia de los formularios de Impuesto sobre la Renta Federal presentados el año anterior, incluido el formulario de certificación si se presentó electrónicamente, para cada miembro del núcleo familiar que tuvo ingresos (excepto como se excluye anteriormente) Y complete y firme la **Declaración jurada A**:

Con mi firma, juro o afirmo que el formulario de impuestos adjunto es un fiel reflejo de mis ingresos para el año calendario 20, y es una copia correcta del formulario proporcionado al Servicio de Impuestos Internos (IRS). Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender. También reconozco que el NMMIP puede verificar esta información con agencias estatales y otras fuentes.	
Nombre del solicitante en letra de imprenta	Firma del solicitante
Fecha	Firma de uno de los padres o tutor legal <i>Si el solicitante es menor de 18 años o legalmente incompetente.</i>

Declaración jurada B sobre otras fuentes de ingresos

Si algún adulto en su núcleo familiar tuvo ingresos (excepto los excluidos anteriormente) y no estuvo obligado a presentar un formulario de Impuesto sobre la Renta Federal, este debe completar y firmar la **Declaración jurada de otra fuente de ingresos B** a continuación. Adjunte copias adicionales si es necesario.

Mediante mi firma, juro o afirmo que no estoy obligado a presentar una declaración de impuesto sobre la renta federal para el año calendario 20_____, y que mis ingresos para ese año calendario fueron los que se indican a continuación.			
Descripción de la fuente de ingresos del núcleo familiar			Monto de ingresos
			\$
			\$
TOTAL			\$
Nombre en letra de imprenta		Firma	Fecha
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular o para mensajes	Dirección de correo electrónico

Declaración jurada de cambio de ingresos C

Si su ingreso actual es diferente al de su declaración de impuestos más reciente, envíe una copia de su declaración de impuestos federales sobre la renta Y complete la **Declaración jurada de cambio de ingresos C** para que se considere su elegibilidad de acuerdo con su ingreso familiar actual.

Mediante mi firma, juro o afirmo que mis ingresos actuales para el año calendario 20____ son los que se indican a continuación.	
Motivo de la diferencia entre la declaración de impuestos más reciente y el ingreso familiar actual	Total actual de ingresos familiares anuales
	\$
Nombre del solicitante en letra de imprenta	Firma del solicitante

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

De conformidad con NMAC 13.1.3.20, un consumidor o cliente puede revocar la autorización de divulgación de información personal no pública en cualquier momento, sujeto a los derechos de una persona que actuó confiando en la autorización antes de la notificación de la revocación.

Envíe esta Solicitud de LIPP completa y FIRMADA junto con la Solicitud de Cobertura, TODOS los documentos de respaldo, el primer pago de la prima o el Acuerdo para Pagos Preautorizados (Formulario ACH) por correo postal, correo electrónico o fax. **Si el primer pago de la prima se realiza mediante cheque o giro postal, debe ENVIAR POR CORREO la solicitud y todos los documentos adjuntos JUNTO CON el pago.**

Revisión de la solicitud LIPP con ajuste por coordinación de beneficios con Medicare 05/SEP/2025

**Programa de Primas para Personas de
Bajos Ingresos**

Solicitud 2026

Ajuste por coordinación de beneficios con Medicare



Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP)

Correo: PO Box 780548, San Antonio, TX 78278

Correo electrónico: NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Fax: 210-239-8449